

HOSPITAL GENERAL DEL INSALUD DE ALICANTE

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Jefe de Servicio: DE ANTA DE BARRIO

# Laxitud crónica de ligamento lateral externo de tobillo. Plastia de Castaing modificada

S. CAMPOS RÓDENAS, J. RUBIO FUENTES, A. CALDERÓN ARNEADO,  
F. CLEMENTE RAMÓN

## RESUMEN:

Se presentan 20 casos de laxitud crónica de ligamento lateral externo de tobillo, que han sido intervenidos mediante técnica de Castaing modificada. Descripción de la técnica y destacar los buenos resultados obtenidos.

Descriptores: Tobillo. Castaing, plastia de. Laxitud crónica de tobillo.

## SUMMARY:

Twenty cases of chronic laxitude of the external ligament of the ankle, using the Castaing's technique for surgery, are reviewed.

The authors describe the procedure and show the excellent results obtained from the usage of this technique.

**Key Words:** Ankle. Castaing's technique. Chronic ankle instability.

Remitido para publicación 8 de agosto 1987.

## Introducción

Debido al aumento de la práctica deportiva, tanto profesional como aficionada, los accidentes deportivos han sufrido un incremento importante, destacando por su gran frecuencia los esguinces agudos de tobillo, en cualquiera de sus grados de gravedad.

La laxitud crónica de L. L. E. es una consecuencia de una insuficiencia músculo-ligamentosa, secuela de uno o más esguinces (CASTAING).

En muchos casos, el tratamiento conservador mediante rehabilitación propioceptiva a lo FREEMAN, ha permitido superar la inestabilidad y evitar la intervención. Sin

embargo, hay casos en los que la persistencia del dolor y de la claudicación intermitente del tobillo hacen necesaria la intervención quirúrgica. Existe gran número de intervenciones encaminadas a solucionar este problema:

1. Operación de retensado de ligamentos:

— Reparación cápsulo-ligamentosa (A. BLOUCHET, 1979).

— Retensado del ligamento externo (DUQUENOIT, 1980).

2. Ligamento-plastias: Todas usan el tendón del músculo peroneo lateral corto, que es de elección por su trayecto, inserción y por conservar en parte su inervación propioceptiva y regulación fisiológica de la tensión (CASTAING). Existe gran número de técnicas: WATSON-JONES, ELMSLIE, EVANS, CASTAING...

Nosotros presentamos una casuística de 20 enfermos que han sido sometidos a plas-

tia de CASTAING, modificada al haber fracasado el tratamiento conservador instaurado previamente.

#### Material y métodos

Se presentan 20 casos con una edad media de 27 años, siendo el paciente más joven de 19 años y el mayor de 40 años; catorce hombres y seis mujeres, con una etiología deportiva el 60%, laboral el 20% y casual el 20%, y cuya clínica es el dolor incapacitante, claudicación periódica de tobillo e inestabilidad. A todos ellos se les realizó exploración clínica que demostró cajón anterior y cajón lateral, y exploración radiológica con:

1. Radiografías en stress varo equino: Se demuestra una inclinación mayor de 8 a 10.<sup>o</sup> en la mortaja peronea en relación al tobillo sano.
2. Radiografías en cajón anterior: Descrito por CASTAING, permite apreciar el deslizamiento de la parte posterior de la interlínea tibio-astragalina, que si es mayor de 8 mm. confirma la existencia de inestabilidad.
3. Arthrografía: Encontramos extravasación del contraste, lo que reafirma el diagnóstico previo a la operación (fig. 1).

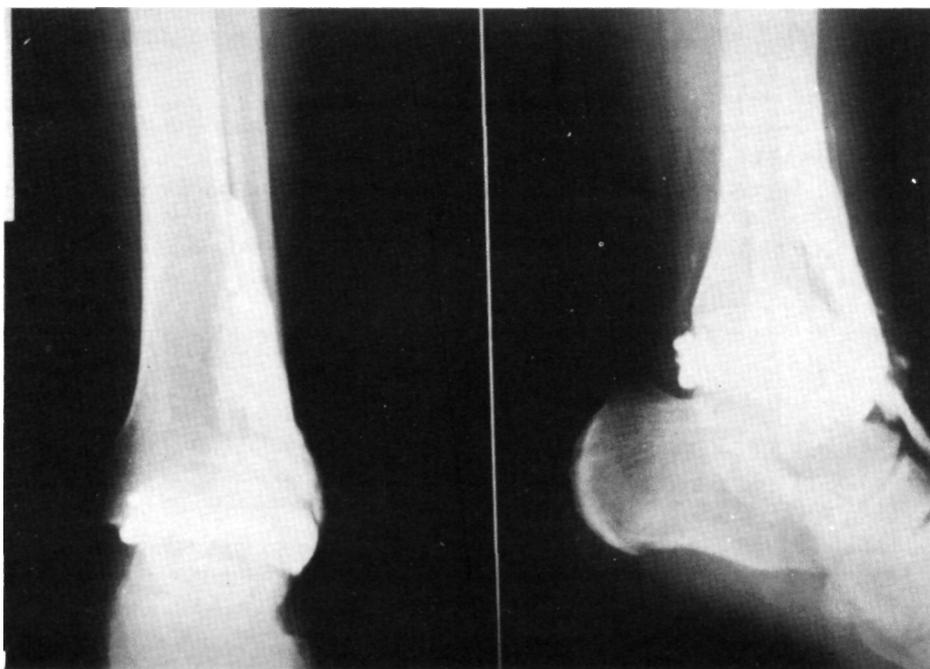


FIG. 1.— Arthrografía de tobillo. Se puede apreciar la extravasación de contraste.

Todos los enfermos llevaron a cabo tratamiento conservador previo mediante cuñas laterales y rehabilitación funcional a lo FREEMAN. Pero si a pesar de todo persiste la clínica de dolor, claudicación... valoraremos la elección de la técnica quirúrgica a emplear. En este caso, todos los pacientes han sido intervenidos mediante plastia ligamentosa de CASTAING.

### Técnica quirúrgica

Se practica incisión lateral sobre tobillo desde la unión 1/3 medio y distal de la diáfisis del peroné hacia abajo, curvándose hacia adelante en punta maleolo peroneo y acabando a unos 5 cm.

Se abre la vaina peronea y se identifica el tendón del músculo P. L. C. por sus inserciones proximales y distales. Sección del P. L. C. en la unión músculo-tendinosa, cuidando de que sea lo suficientemente largo (fig. 2).

Se tuneliza el maleolo peroneo en dirección oblicua hacia arriba en la localización anatómica de la inserción peroneal del ligamento peroneo astragalino anterior (Fig. 3), y se pasa el tendón del P. L. C.

pasándolo por debajo de la porción distal del P. L. C. en punto de maleolo externo, se vuelve el tendón y se sutura sobre sí mismo (Fig. 4). Este anclaje del tendón del P. L. C. da una excelente estabilidad, ya que al estar el tendón situado en la bisectriz entre los fascículos de los ligamentos peroneo astragalino anterior y peroneo calcáneo, controla a la vez la inestabilidad en varo y en rotación interna.

Para evitar la tunelización astragalina (origen de rigideces importantes, sobre todo en deportistas) practicamos retensado con sutura solapada con hilo no reabsorbible a nivel de ligamento peroneo astragalino anterior, elongado y anclándolo a la salida del túnel peroneal del P. L. C., lo que dará buena solidez para luchar contra el cajón anterior (fig. 5).

Sutura del músculo peroneo lateral corto al tendón del peroneo lateral largo.

Cierre de fascia de los peroneos y demás planos.

Colocación de un botín de yeso en talo y eversión.

Cuidados postoperatorios: A las dos o tres semanas colocamos un botín de marcha que mantendremos hasta las seis u ocho semanas. Una vez retirado el botín, realizará rehabilitación activa y pasiva de tobillo.

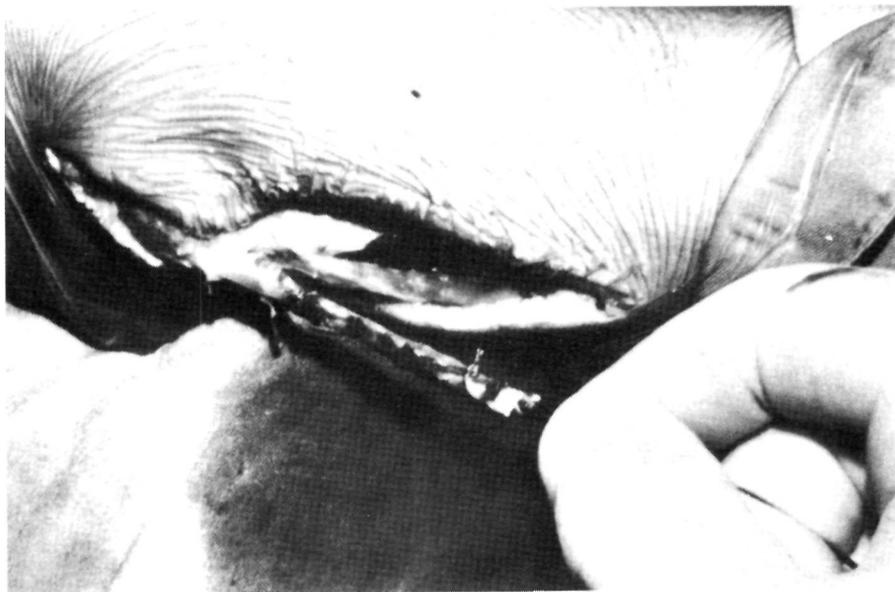


FIG. 2.— Tendón del P. L. C. una vez identificado y seccionado a la longitud deseada.

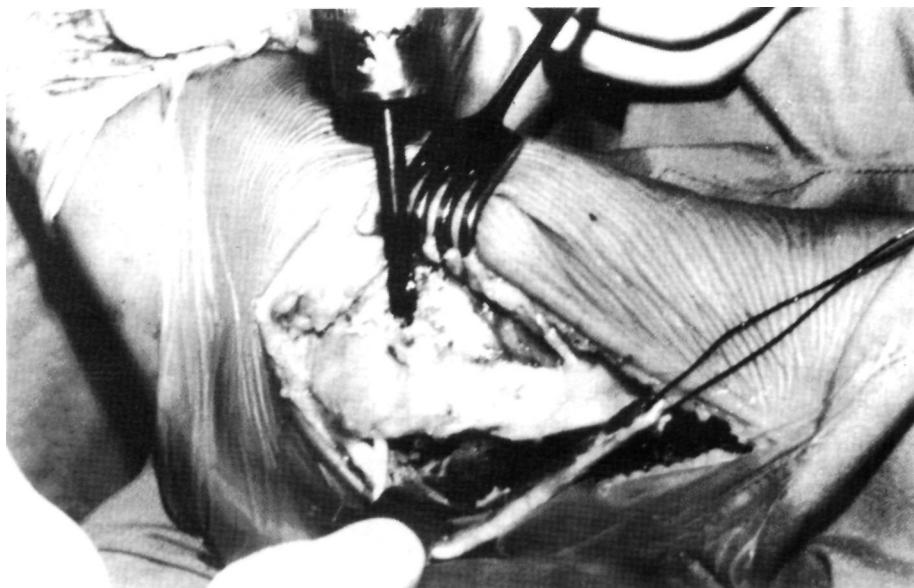


FIG. 3.—Tunelización del maleolo peroneo.

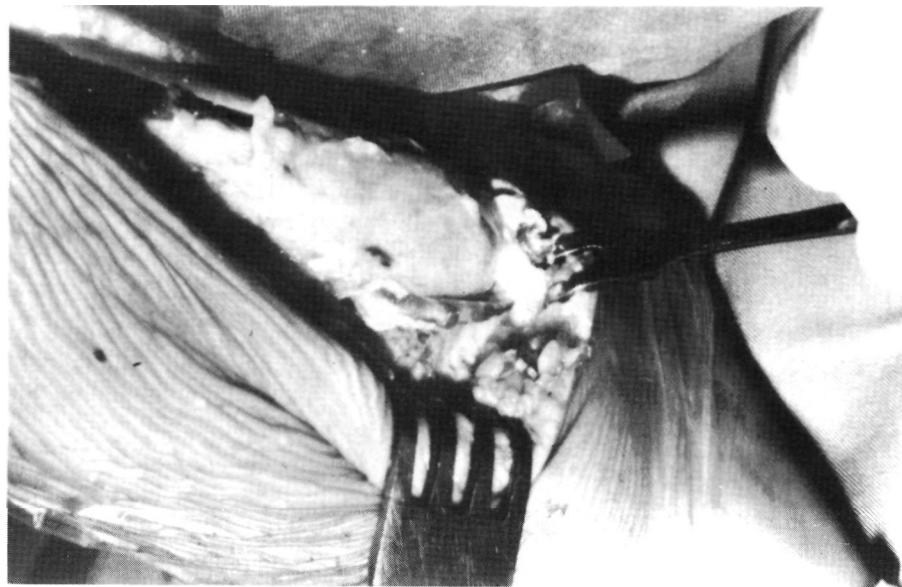


FIG. 4.—Paso del tendón del P.L.C. por debajo de su porción distal en punta de maleolo peroneo.



FIG. 5.— Resultado final.

### Resultados

Valoramos los resultados según los siguientes parámetros:

1. Muy buenos:
  - Arco de movilidad completo, con discreta limitación del varo.
  - No dolor.
  - Estabilidad completa, tanto objetiva a la exploración como subjetiva.
  - Reintegración deportiva al mismo nivel que anteriormente.
2. Buenos:
  - Movilidad prácticamente completa.
  - Molestias esporádicas.
  - Reintegración deportiva normal.
  - Estabilidad normal.
3. Malos:
  - Limitación del arco de movilidad.
  - Dolor al esfuerzo.
  - Inestabilidad ocasional.
  - No reintegración deportiva.

De 20 casos intervenidos, 18 han evolucionado muy bien y 2 buenos.

El seguimiento medio ha sido de un año.

Como complicaciones hemos encontrado un caso de atrofia refleja de Sudeck, que fue tratado y se superó sin secuelas, aunque con discreta limitación de la movilidad. En otro caso encontramos hematoma superficial.

### Discusión

Dentro de la gran variedad de tendinoplastias, la descrita en este trabajo reúne las ventajas de su simplicidad técnica en comparación con otras (WATSON-JONES) y los buenos resultados obtenidos en cuanto a estabilidad, no provocando rigideces articulares incapacitantes para los deportistas, por lo que consideramos que para éstos puede ser una solución simple para este problema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CANALE, S. T.: «Afecciones traumáticas de las articulaciones». En ALLEN S., EDMONSON, A. H., CRENSHAW (1986). *Cirugía Ortopédica de Campbell*. Buenos Aires. Panamericana, S. A. 1986. 873-884.
2. CASTAING, J.; LE CHEVAILLIER, P. L.; MEUNIER, M.: «Entorse a repetition on subluxation recidivante de la tibio-tarsienne. Une technique simple de ligamentoplastie externe». *Rev. Chir. Orthop.* 1961. 47: 598-608.
3. CASTAING, J.; DELPLACE, J.: «Entorse de cheville». *Rev. Chir. Orthop.* 1972. 58: 51-53.
4. DUQUENOY, A.; LETENDARD, J., et LOOK, P. H.: «Renuse en tension ligamentaire externe dans les inestabilités chroniques de la cheville. A propos de 22 cas». *Rev. Chir. Orthop.* 1980. 66: 311-316.
5. FREEMAN, M. R.: «Treatment of ruptures of the lateral ligament of the ankle». *J. Bone Jt. Surg.* 1965. 47-B: 661-668.
6. FREEMAN, M. R.: «Instability of the foot after injuries to the lateral ligament of the ankle». *J. Bone Jt. Surg.* 1965. 47-B: 669-675.
7. HUTTON, P. A. N.: «Ankle lesions», in JENKINS, D. H. R.». *Ligament injury and their treatment*. London. Chapman and Hall Ltd. 1985. 95-112.
8. JAGER, M.; WIRTH, C. J.: «Lesiones cápsulo-ligamentosas de la articulación del tobillo». En JAGER M., WIRT, C. J., Eds.: *Lesiones cápsulo-ligamentosas*. Barcelona. Toray. 1983. 192-201.
9. JAGER, M.; WIRTH, C. J.: «Lesiones del aparato cápsulo-ligamentario peroneo». En JAGER, M.; WIRTH, C. J., Eds.: *Lesiones cápsulo-ligamentosas*. Barcelona. Toray. 202-217.